



Gruppo di Studio SIGG
"La cura nella fase
terminale della Vita"



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

IL TEAM DI CURA NELLE DECISIONI DI FINE VITA IN GERIATRIA



Treviso, giovedì 21 giugno 2018

Centro Studi "Achille e Linda Lorenzon"
Viale G. Oberdan, 5

SEDAZIONE PALLIATIVA

“ACCANIMENTO TERAPEUTICO”

DESISTENZA

Renzo Pegoraro

21 giugno 2018

I-SEDAZIONE PALLIATIVA

1) Società italiana cure palliative (2007)

«la riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo, che risulta quindi refrattario».

(definizione generale)

Ma anche dalla SICP viene collegata agli ultimi giorni, alla fase terminale.

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

«Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte» (26/01/2016)

«Somministrazione intenzionale di farmaci ipnotici per ridurre il livello di coscienza fino ad annullarla, allo scopo di alleviare o abolire la percezione di un sintomo senza controllo, refrattario, fisico e/o psichico, altrimenti intollerabile per il paziente, in condizioni di malattia terminale inguaribile in prossimità della morte» (pag. 7)

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

Quindi 3 situazioni contestuali:

- *malattia inguaribile in stadio avanzato;*
- *imminenza della morte (poche ore o pochi giorni);*
- *presenza di uno o più sintomi refrattari alle terapie,*
adeguatamente verificati o eventi acuti terminali con
grave sofferenza fisica e psichica.

Ricorda:

- adeguata comunicazione, anche in tempi anticipati;
- consenso informato del paziente;
- è un trattamento sanitario e non va confuso con
l'eutanasia o con il suicidio assistito

Legge 22 dicembre 2017, n. 219

- Art. 2, c. 2:

«Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte,...in presenza di sofferenza refrattaria ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente»

Anche per la **Chiesa Cattolica:**

Messaggio del Card. P. Parolin al Congresso della PAV (PAL-LIFE, 28 febbraio 2018):

«Il criterio etico non cambia, ma l'impiego di queste procedure richiede sempre un attento discernimento e molta prudenza. Esse sono infatti assai impegnative sia per gli ammalati, sia per i familiari, sia per i curanti: con la sedazione, soprattutto quando protratta e profonda, viene annullata quella dimensione relazionale e comunicativa che abbiamo visto essere cruciale nell'accompagnamento delle cure palliative.

Essa risulta quindi sempre almeno in parte insoddisfacente, sicché va considerata come estremo rimedio, dopo aver esaminato e chiarito con attenzione le indicazioni».

II ACCANIMENTO TERAPEUTICO

1. Alcune definizioni

L'espressione “**accanimento terapeutico**” risulta piuttosto “infelice”, non corretta;

in effetti sarebbe meglio parlare di “**accanimento clinico**” o “**ostinazione clinica**”, perché altrimenti si andrebbe in contraddizione con il concetto di terapia.

1. Alcune definizioni

Si possono trovare le seguenti definizioni:

- *Comitato Nazionale per la Bioetica italiano, documento del 1995*: **“Trattamento di documentata inefficacia in relazione all’obiettivo, a cui si aggiunge la presenza di un rischio elevato e/o una particolare gravosità per il paziente con un’ulteriore sofferenza, in cui l’eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica”**.

1. Alcune definizioni

- ***Codice di Deontologia Medica (2016), art. 16:***

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita.

1. Alcune definizioni

- *Enciclica Evangelium Vitae (1995), n. 65*: “...
**Certi interventi medici non più adeguati alla reale
situazione del malato, perché ormai
sproporzionati ai risultati che si potrebbero
sperare o anche troppo gravosi per lui e per la
sua famiglia. ... Si può rinunciare a trattamenti
che procurerebbero soltanto un prolungamento
precario e penoso della vita, senza tuttavia
interrompere le cure normali dovute
all'ammalato in simili casi”.**

2. Motivazioni/Cause

A. *Approccio tecnico, seguendo rigidamente “protocolli”, per cui si interpreta il ruolo della medicina come tensione ad allungare “ad ogni costo” la vita, trascurando un approccio globale al malato e non riuscendo ad accettare/gestire il processo del morire.*

2. Motivazioni/Cause

B. *Approccio “parziale”, che si concentra su un obiettivo limitato, perdendo di vista l’unità della persona e quindi il bene globale-integrale di essa.*

2. Motivazioni/Cause

C. *Paura dell'eutanasia*, non riuscendo a discernere adeguatamente tra il “procurare/causare la morte” e l’“accettazione/permittere che essa venga”.

2. Motivazioni/Cause

D. Le spinte di una *medicina difensivistica*, per cui i timori di natura legale/risarcitoria condizionano fortemente le decisioni terapeutiche.

2. Motivazioni/Cause

E. *Esigenze dei familiari*, con le loro difficoltà ad accettare la morte di un proprio caro, i possibili sensi di colpa, la tensione tra il “combattere” e “arrendersi”.

2. Motivazioni/Cause

F. *Un'erronea concezione religiosa*, anche della stessa prospettiva cattolica, nei confronti della vita, della morte, del ruolo e della responsabilità del malato e degli operatori sanitari.

3. Alcune indicazioni etiche

a. L'approccio etico dovrebbe privilegiare l'istanza della “**alleanza terapeutica**”, per cui nella relazione medico/infermiere-paziente è possibile l'informazione, il dialogo e la condivisione delle decisioni terapeutiche da prendere.

3. Alcune indicazioni etiche

b. Ciò permette di analizzare “**caso per caso**” le scelte terapeutiche, specialmente nelle **situazioni di incertezza** nelle quali è difficile individuare la stessa “appropriatezza” dei trattamenti, per cui è fondamentale il coinvolgimento del paziente nella valutazione e quindi nella decisione.

3. Alcune indicazioni etiche

c. Non è tanto questione di giudicare il trattamento medico “in se stesso”, ma di considerarlo nella prospettiva globale del paziente, per cui il criterio fondamentale è quello della “**proporzionalità**” delle **cure**.

Ciò implica l’analisi di criteri di natura *oggettiva* (natura dei mezzi, il loro costo, considerazioni di giustizia nella loro applicazione, ...) e criteri di natura *soggettiva* (condizioni psicologiche del paziente, sua valutazione esistenziale e spirituale, relazioni familiari, ...).

3. Alcune indicazioni etiche

d. Quindi il problema dell’“accanimento clinico” si pone sostanzialmente in situazioni difficili e “complesse”, specialmente in condizioni di fine vita, processi cronico-degenerativi, **dove non si tratta del problema specifico del rapporto fra cure appropriate e il consenso/dissenso** da parte del paziente (altra questione etica rilevante), **ma di come risolvere l’incertezza sul procedere, su evitare/sospendere certe terapie e di attivare adeguate forme di assistenza** (eventuali cure palliative).

3. Alcune indicazioni etiche

d. A questo punto è risolvibile il problema etico, ma rimane *la questione giuridica, e sicuramente di carattere psicologico, tra il “non iniziare” una forma di accanimento, e l’eventuale sospensione di un trattamento già in atto e che risultasse ormai “accanimento”*.

L’“accanimento terapeutico” riguarda sostanzialmente procedure mediche, e non deve riguardare le forme di assistenza di base, di terapia del dolore, di sostegno psicologico e spirituale.

3. Alcune indicazioni etiche

e. Nei casi clinici che presentano particolare incertezza, suscitano dilemmi etici, si caratterizzano per situazioni di conflittualità, può essere utile la **consulenza etica**, come **Servizio di Bioetica – Comitato Etico per la Pratica Clinica**, sia per gli operatori sanitari che per il paziente/familiari.

3. Alcune indicazioni etiche

f. Anche da un punto di vista della Chiesa Cattolica si ricorda che: “L’interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima ... Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, da coloro che ne hanno legalmente il diritto rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente” (Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 2278).

III Desistenza terapeutica

E' l'atteggiamento terapeutico con il quale il medico desiste dalle terapie futili-inutili.

Il concetto proviene dall'ambito dell'anestesia-rianimazione e si applica nei confronti dei malati terminali.

Ha la sua base nel concetto di accompagnamento alla morte, secondo criteri bioetici e di deontologia professionale (medica e infermieristica) già stabiliti.

III Desistenza terapeutica

Si tratta di una «rimodulazione terapeutica», verso un incremento dell'approccio palliativo, per evitare forme di «ostinazione/accanimento», e senza provocare la morte del paziente (eutanasia).

IV Un buon accompagnamento alla morte

- Incrementare e garantire le cure palliative, per un controllo del dolore e il sostegno psicologico-spirituale.
- Favorire la pianificazione condivisa delle cure (legge 219/2017, art. 5)
- Relazione, dialogo, condivisione
- Ruolo degli operatori sanitari, familiari, volontariato per collaborare al fine di «bene accompagnare»

**GRAZIE PER VOSTRA
ATTENZIONE!**